附件2：

2020年长兴县县级公立医院高层次人才引进报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 贴  照  片  处 |
| 民族 |  | | 籍贯 |  | 出生地 |  | |
| 政治  面貌 |  | | 参加工  作时间 |  | 健康状况 |  | |
| 专业技  术职称 |  | | 专业  特长 |  | 婚姻  状况 |  | |
| 户籍  所在地 |  | | 身份证号码 |  | | 报名单位及岗位 | |  |
| 毕业院校及  专业、学位 | | | 初始  学历 |  | | | | |
| 现有  学历 |  | | | | |
| 工作单位及  联系方式 | | |  | | | |  | |
| 现任职务及  任现职时间 | | |  | | | | | |
| 学习  及工作  简历 | |  | | | | | | |
| 本人声明：上述填写内容及提供的资料真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。  申请人（签名）： 2020年月日 | | | | | | | | |
| 审核  意见 | | 年 月 日 | | | | | | |